

COMMUNIQUÉS POLICY

No. 3 • OCTOBER 2003

DE PLANIFICATION ET DE FINANCES

Le ciblage : Un pivot de la planification nationale pour la sécurité contraceptive

- *Le ciblage est une approche pratique pour atteindre les objectifs du programme puisqu'il oriente les modiques ressources vers ceux qui en ont le plus besoin.*
- *Le ciblage fait partie intégrante d'un ensemble plus vaste d'interventions du secteur public qui crée un contexte commercial favorable à la participation du secteur privé.*
- *Le ciblage favorise l'équité, l'accroissement des ressources disponibles et améliore l'efficacité générale des services de planification familiale.*



Communiqués POLICY de Planification et de Finances, série de résumés d'orientation, présente les résultats et implications de la recherche réalisée dans le cadre du projet POLICY. La série fait ressortir l'importance de la création d'un contexte de politiques favorables qui encourage un financement suffisant et adéquat des programmes de PF/SR/SIDA.



Le ciblage : Un pivot de la planification nationale pour la sécurité contraceptive

« Le 'ciblage' signifie que l'on oriente les ressources, surtout les ressources pour les programmes sociaux, vers les personnes qui en ont le plus besoin. »

—Newbrander et al. (2001)

La demande mondiale de services de planification familiale ne cesse d'augmenter. D'ici 2015, on prévoit que le nombre de femmes utilisant des contraceptifs modernes aura pratiquement doublé (Ross et Bulatao, 2001). Cet accroissement notable est dû en partie à une augmentation du nombre de femmes en âge de procréer. Par ailleurs, il découle également de programmes nationaux de planification familiale plus efficaces qui arrivent mieux à atteindre les femmes qui ont besoin de produits de planification familiale et à supprimer les barrières entravant la prestation de ces services. La demande de condoms s'accroît encore plus rapidement car celui-ci remplit une « double fonction », protégeant contre les grossesses non souhaitées et contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH.

Cette réussite des programmes de planification familiale entraîne dans son sillage de nouveaux défis à relever. Bien des programmes de planification familiale réalisés par le secteur public ont des ressources insuffisantes pour répondre à la demande accrue de services. Parallèlement, les personnes connaissant un besoin non satisfait en matière de planification familiale sont de plus en plus concentrées au sein de groupes difficiles à atteindre. Qui plus est, lorsque des services publics à faibles coûts dominent le marché de la planification familiale, ils rivalisent avec le secteur privé et finissent par l'évincer. Le présent résumé se penche sur une solution

possible—le ciblage—pour relever ces défis, baisser les barrières entravant l'expansion et l'utilisation des services de planification familiale.

Le ciblage est un mécanisme qui permet d'orienter les ressources limitées d'une manière planifiée afin d'atteindre les buts du programme de manière équitable. Le ciblage aide également à supprimer les barrières et à améliorer l'accès pour les groupes peu desservis, permettant ainsi de répondre au besoin non satisfait¹ tout en favorisant une meilleure utilisation des modiques ressources et une plus grande équité (voir Encadré 1). Le présent résumé d'orientation examine également le concept connexe de la vulnérabilité et présente diverses directives et approches pratiques du ciblage pouvant être appliquées aux programmes du secteur public en tant qu'outils pour renforcer la sécurité contraceptive.^{2,3}

Les origines des programmes de planification familiale non ciblés

Face à l'utilisation accrue de la contraception et à la baisse de la fécondité, il est de plus en plus difficile pour les programmes de prendre en charge les coûts sans cesse croissants qu'il leur faut assumer pour répondre à une demande toujours plus importante de services de planification familiale. La Figure 1 indique l'écart croissant entre le coût escompté de la fourniture de contraceptifs subventionnés et l'apport financier prévu des bailleurs de fonds dans 87 pays recevant une aide de ces bailleurs. Même dans les hypothèses les plus favorables de futures contributions, l'écart de financement sera important.

Il n'est guère aisé de combler cet écart à cause de plusieurs facteurs connexes.

ENCADRÉ 1.

Le ciblage peut aider les programmes à se rapprocher de la sécurité contraceptive en traitant :

- Le besoin non satisfait (non-utilisation de la planification familiale chez les femmes qui souhaitent espacer les naissances ou limiter la fécondité)
- La distribution inéquitable des produits et services de planification familiale (biais vers les communautés plus aisées)
- La disponibilité de produits (programme trop grand pour les ressources disponibles)
- La viabilité des produits et services de planification familiale (retrait progressif des bailleurs de fonds ou conditions liées à l'ajustement structurel)

- **Demande**—La demande d'un financement public destiné à d'autres services sanitaires et sociaux augmente elle aussi, d'où une faible marge de manœuvre pour la réaffectation des ressources à la planification familiale. C'est pourquoi les programmes de planification familiale ont de plus en plus de mal à rivaliser avec d'autres

¹ Une femme qui souhaite espacer les naissances de deux ans ou plus ou qui ne veut plus avoir d'enfant, mais qui n'utilise pas de méthode contraceptive pour réduire les risques de tomber enceinte, est définie comme ayant un besoin non satisfait en planification familiale.

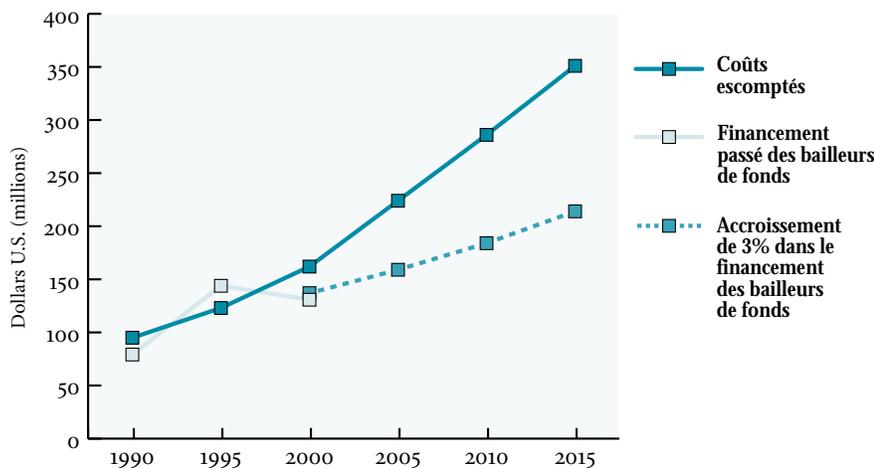
² La sécurité contraceptive est définie comme suit : chaque personne est capable de choisir, d'obtenir et d'utiliser des contraceptifs de haute qualité et autres produits de santé de la reproduction chaque fois qu'il ou elle en a besoin. Les pays peuvent arriver à la sécurité contraceptive, quelle que soit la source de soutien financier pour les programmes de santé de la reproduction. La définition de la sécurité contraceptive n'implique pas que les programmes de santé de la reproduction aient besoin d'assistance externe.

³ Un groupe vulnérable est un groupe qui, privé de l'aide d'un programme spécial, n'aurait pas un accès facile aux produits et services contraceptifs à cause de certaines barrières physiques, financières, sociales ou culturelles.

Le présent numéro des *Communiqués POLICY de Planification et de Finances* a été préparé par Jeffrey Sine, avec des apports techniques de Kokila Agarwal, Harry Cross, Varuni Dayaratna, Karen Foreit, Karen Hardee, Lane Porter, Margaret Rowan, Suneeta Sharma, et Carol Shepherd. L'auteur aimerait remercier Ruth Levine du Center for Global Development et Alan Bornbusch, Rose McCullough, Mark Riling et Elizabeth Schoenecker de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) pour leur examen attentif et leurs commentaires constructifs. Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément les opinions de l'USAID.

Le Projet POLICY est financé par l'USAID aux termes du contrat HRN-00-00-00006-00 et est mis en œuvre par le Futures Group International, en collaboration avec le Centre for Development and Population Activities (CEDPA) et le Research Triangle Institute (RTI).

FIGURE 1.
Ecart entre les coûts escomptés de contraceptifs subventionnés et l'apport financier des bailleurs de fonds dans 87 pays recevant une aide de ces bailleurs



Adapté de Ross et Bulatao, 2001

priorités du secteur de la santé (Aloo-Obunga, 2002).

■ **Financement**—Les finances du secteur public étant mal au point dans un grand nombre de pays, il est difficile de financer une expansion des services sanitaires et sociaux. De plus, les engagements pris par les bailleurs de fonds face au développement

en général et à la planification familiale en particulier n'augmentent pas au même rythme que les accroissements de la demande de services du secteur public.

■ **Ayants droit**—Gwatkin (2000) note que l'écart entre la demande croissante de services de planification familiale et la capacité ou volonté des gouvernements et des bailleurs de fonds de financer de tels services ne résulte pas simplement de problèmes aux niveaux de la demande de services et du contexte de financement. D'après lui, le mouvement de la « santé pour tous » à la fin des années 70 et 80 a encouragé un grand nombre de pays à offrir des services de santé gratuits à tous les segments de la population, quelle que soit la capacité de payer des utilisateurs. Un grand nombre de programmes nationaux de planification familiale continue à refléter l'approche « santé pour tous » et les conditions politiques sapent parfois tout effort fait en vue d'adopter une approche qui conviendrait davantage aux circonstances du financement public du pays.⁴ De plus, les politiques des bailleurs de fonds, liées auparavant au soutien des programmes nationaux de planification familiale, ont encouragé les gouvernements à élargir l'accès à des services ou produits gratuits (ou fortement subventionnés), récompensant les programmes du secteur public pour toute

expansion. Ces programmes ont eu tendance à s'accroître de manière disproportionnée dans les communautés urbaines et plus aisées où il était plus facile (et peut-être moins onéreux) d'accroître le nombre d'utilisateurs. Les programmes publics ne disposant pas des politiques, réglementations et stratégies nécessaires pour différencier les types de consommateurs et voir lesquels étaient en mesure de payer, il est normal qu'un nombre important de clients non pauvres aient choisi d'obtenir leurs produits et services de planification familiale auprès du secteur public. De tels choix du consommateur ont entravé la croissance du secteur privé et encouragé une attitude d'ayant droit parmi les responsables des programmes publics et leurs groupes de soutien.

A présent, la réussite des programmes non ciblés, à l'origine de la baisse de la fécondité, est freinée par les réalités du manque de financement. En l'absence de réforme, ces contraintes menacent d'empêcher les pays de progresser vers la sécurité contraceptive.⁵ Toute reformulation du rôle du gouvernement au niveau de la prestation des services de planification familiale devrait s'inspirer des leçons retenues du contexte plus vaste de la réduction de la pauvreté. En effet, l'expérience des pays qui ont adopté des approches ciblées dans le cadre de leur réduction de la pauvreté est édifiante à ce propos et montre bien qu'il faut étendre le ciblage au secteur de la planification familiale (Adams, 1998).⁶

Retombées de l'absence de ciblage

Un pays a de meilleures chances d'arriver à la sécurité contraceptive s'il cible ses programmes puisque cela élargit l'accès aux produits et services de planification familiale. Ce ciblage oriente les ressources publiques vers ceux qui en ont le plus besoin en aidant à éliminer les barrières entravant l'accès. Aussi, le ciblage en tant que mécanisme influençant la sécurité contraceptive est-il un sujet de discussion dans le contexte de l'équité (Gwatkin, 2000 ; Price, 2001 ; Newbrander et al., 2001). Se heurtant à des contraintes du point de vue ressources, les responsables doivent décider du type de services devant être dispensés à tel ou tel groupe et de la meilleure manière de vérifier que ces services atteignent ceux qui en bénéficieront le plus.

⁴ Par exemple, les services payants dans des établissements publics sont parfois supprimés pour des raisons politiques.

⁵ Citant la Banque mondiale, Mills (1998 : 33) mentionne le manque d'efficacité de la prestation des services dans le secteur public et recommande que soit redéfini le rôle du gouvernement, passant de la prestation de services au financement et à l'habilitation du secteur privé. Une telle redéfinition des rôles demanderait aux services publics, qu'ils soient fournis directement ou financés par l'intermédiaire du secteur privé, d'être davantage ciblés.

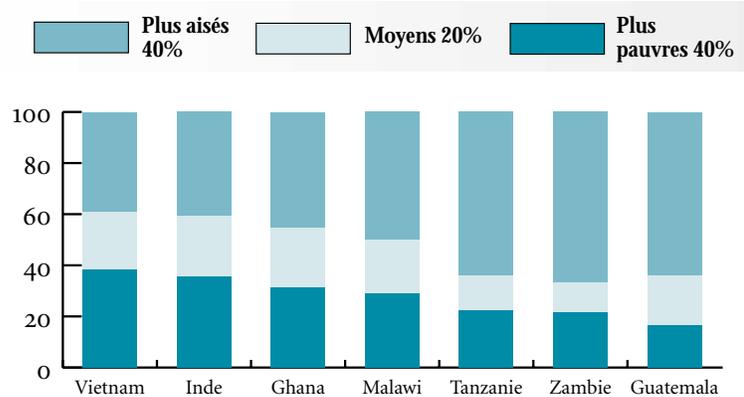
⁶ Par contre, on peut davantage remettre en question le ciblage les programmes de prévention des IST et du VIH dans le secteur public, surtout dans les pays qui insistent sur la réduction de la transmission des IST et du VIH, quelle que soit la classe sociale. Pourtant, de par le recoupement entre les programmes de planification familiale et les programmes IST/VIH, tout effort de ciblage de la part de ces derniers exercera une influence sur la disponibilité des condoms pour les programmes de planification familiale, d'où le caractère pertinent des liens entre les programmes. Au Kenya, par exemple, environ 80% des condoms sont utilisés pour la prévention des maladies. Seuls 20% sont utilisés pour la contraception (Projet POLICY, 2002).

Sans ciblage, une forte proportion des subventions du secteur public ira vers des non-pauvres, alors que les groupes vulnérables ne recevront pas les services suffisants. La Figure 2 montre les déformations des programmes de planification familiale du secteur public de plusieurs pays en développement.

Dans certains pays, les programmes de planification familiale du secteur public ont tendance à profiter davantage aux segments plus aisés de la population qu'aux pauvres. Par exemple, en Tanzanie, en Zambie et au Guatemala, ce sont les clients dans les deux quintiles les plus faibles du niveau de vie qui constituent 40% de la population totale et, pourtant, ils ne consomment respectivement que 22%, 21% et 16% des services de planification familiale du secteur public.

Dans un programme bien ciblé, les pauvres devraient être surreprésentés dans la base de clients du programme du secteur public. Même au Vietnam et en Inde, pays disposant de programmes mieux ciblés et où tous les groupes de revenus sont représentés plus ou moins également dans les programmes du secteur public, les pauvres ne sont pas surreprésentés. Le fait que les pauvres reçoivent, dans le meilleur cas possible, une représentation égalitaire dans un grand nombre de programmes du secteur public, fait ressortir l'absence de politique de ciblage explicite, de différenciation socio-économique au niveau de l'utilisation de la contraception et témoigne par ailleurs de la distribution biaisée de l'infrastructure du secteur public en faveur des segments les plus aisés de la société. Quelle que soit la combinaison de raisons évoquées à ce propos, il faut éliminer ce non-ciblage des ressources si les pays veulent arriver à une couverture équitable et à la sécurité contraceptive. Un ciblage adéquat revêt une importance toute particulière dans des pays

FIGURE 2.
Groupes de revenus en tant que proportion des clients de la planification familiale du secteur public⁷



Sources : EDS Vietnam 1997, EDS Inde 1998/9, EDS Ghana 1998, EDS Malawi 2000, EDS Tanzanie 1999, EDS Zambie 2001/02, EDS Guatemala 1998

qui dépendent des bailleurs de fonds et où les produits distribués gratuitement sont le fondement des programmes du secteur public.

Le non-ciblage comporte également des conséquences sur le plan de la santé. Les programmes qui ne visent pas de manière explicite certains groupes tendent à mettre en place des services et des systèmes conçus pour la vaste majorité des utilisateurs. Souvent, la majorité des utilisatrices tend à être des femmes mariées dans de meilleures situations économiques et, par conséquent, les autres femmes auront plus de mal à accéder aux services. Par exemple, si les adolescents sont ciblés explicitement, les responsables des programmes sont plus susceptibles de prêter attention à leurs besoins particuliers lorsqu'ils mettent en place des services accessibles physiquement et socialement aux jeunes.

Le ciblage est également conforme aux conventions internationales, telles que le Traité international sur les Droits économiques, sociaux et culturels. Comme l'indique ce commentaire des Nations Unies (1990) sur le traité, « ... même en temps de graves contraintes de ressources, causées par l'ajustement, la récession économique ou d'autres facteurs, les membres vulnérables de la société peuvent et doivent de fait être protégés grâce à l'adoption de programmes ciblés aux coûts relativement faibles. » Chapman (2000) note que, « ... [f]idèles à l'approche des droits de l'homme ... les fonds devraient être investis

afin de maximiser les bénéfices de santé pour la population. A cette fin, il faut donner la priorité aux mesures de santé publique ... et les gouvernements devraient accorder la priorité aux efforts faits pour corriger les inégalités et déséquilibres existants dans la distribution des ressources du secteur public de façon à intégrer équitablement les groupes actuellement défavorisés et peu desservis. »

Mise en place d'une stratégie de ciblage

A l'instar de la plupart des initiatives visant à changer les politiques, le ciblage suit plusieurs étapes. Il est important que de multiples parties concernées prennent part, il faut parvenir à un consensus politique à plusieurs étapes du processus. Par ailleurs, les décisions doivent être basées sur une solide analyse des informations existantes et le plaidoyer doit soutenir chaque étape du processus. Il faudra probablement une année ou plus pour achever le processus.⁸ La Figure 3 ébauche le processus de base et ses trois grandes étapes : définition des groupes cibles, choix des approches de ciblage et planification opérationnelle.

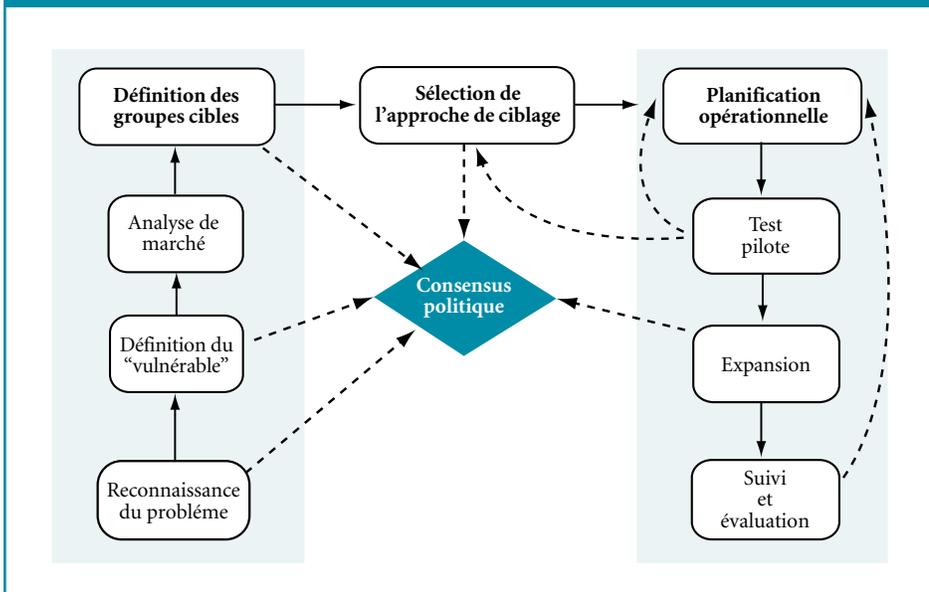
Etape 1 : Déterminer la nécessité de cibler

L'application d'une stratégie de ciblage démarre par l'identification de groupes ayant tout particulièrement besoin de services

⁷ La Figure 2 utilise une variable du niveau de vie calculée sur la base des biens, comme mesure supplétive pour les données sur le revenu, provenant des données sur les biens des ensembles de données de l'enquête démographique et de santé menée selon la méthodologie de l'indice économique Filmer-Pritchett mise au point par Davidson, Gwatkin, et Rohini Pande (Banque mondiale).

⁸ En Turquie, il a fallu un an pour obtenir le consensus politique, définir les groupes cibles et formuler une approche. La planification opérationnelle et les tests pilotes ont pris une autre année. L'expansion a commencé pendant la troisième année (voir projet POLICY, 2001).

FIGURE 3.
Processus de mise au point de la stratégie de ciblage



subventionnés de planification familiale. Des dimensions tant politiques que techniques sont attachées à la définition des groupes ciblés. Il est important de déterminer la mesure dans laquelle ces groupes ciblés sont peu desservis actuellement si l'on veut obtenir un consensus politique montrant que, de fait, la stratégie de ciblage est nécessaire pour redresser une inégalité.⁹ A ce stade précoce, il suffit généralement d'arriver à un consensus entre les planificateurs et les responsables du programme national de planification familiale. Ces planificateurs et responsables prennent les devants et envisagent les diverses options de ciblage. D'autres parties prenantes seront invitées à participer au dialogue au fur et à mesure que progresse la planification. Pour définir les groupes cibles, il faut se demander qui est vulnérable, à savoir qui se heurte à des barrières physiques, sociales ou financières pour avoir accès à des produits et services nécessaires de planification familiale (Price, 2001). Le laps de temps nécessaire pour arriver au consensus dépend du degré de résistance que rencontreront les planificateurs et les

responsables qui proposent le ciblage en tant que stratégie de rationnement des ressources publiques et de la mesure dans laquelle les principales parties concernées sont d'accord ou non sur les critères qui définissent les populations les plus vulnérables et qui ont donc le plus besoin d'aide.

Souvent, la vulnérabilité est conceptualisée du point de vue statut socioéconomique. Toutefois, le concept de vulnérabilité peut également inclure des groupes autres que les pauvres, tels que les minorités ethniques, les groupes isolés du point de vue géographique, les habitants des zones rurales, ceux qui résident dans des taudis, les groupes sans assurance, les jeunes mariés, les adolescents et les jeunes (surtout les jeunes célibataires et sexuellement

actifs), les utilisatrices des méthodes traditionnelles et les groupes rejetés, tels que les personnes séropositives-VIH et les patients atteints de tuberculose. L'Encadré 2 présente des exemples de groupes vulnérables qui ont été ciblés par des programmes spéciaux dans divers pays.

Il est primordial de faire une analyse des populations desservies et non desservies sur le marché de la planification familiale afin de pouvoir cerner les groupes visés par le ciblage. Il faut ensuite déterminer les caractéristiques et la taille des groupes peu desservis. L'analyse doit également indiquer la quantité de ressources publiques octroyées à des groupes qui n'ont pas besoin de services subventionnés (par exemple, les habitants aisés des zones urbaines). Une fois qu'ils se sont mis d'accord sur les groupes qui sont effectivement les plus vulnérables et les moins desservis, les planificateurs et les responsables des programmes peuvent faire une analyse plus détaillée des caractéristiques sociales, démographiques et géographiques de ces groupes avant de formuler une stratégie en vue de faire baisser les barrières entravant l'accès aux services de planification familiale.

Un grand nombre de pays ne disposent pas des ressources publiques nécessaires pour desservir tous les groupes vulnérables. Aussi doivent-ils établir un classement prioritaire des différents groupes et faire une analyse financière pour être sûrs que les ressources concordent avec l'ampleur du programme. Aucune stratégie de ciblage ne sera parfaite et il est inévitable que certains clients qui ne font pas partie des groupes prioritaires continueront à recevoir des services. (Voir ci-après une discussion des limitations du

ENCADRÉ 2. Exemples de groupes ciblés par les programmes de santé et de planification familiale du secteur public

Pays	Groupes ciblés
Roumanie	Etudiants, chômeurs, pauvres (Ferani, à paraître)
Turquie	Clients incapables de payer (Projet POLICY, 2001)
Guinée	Patients atteints de maladie chronique (Newbrander et al., 2001)
Pérou	Habitants des départements les « plus pauvres » (Cotlear, 2000)
Ghana	Patients atteints de lèpre et de tuberculose (Nyonator, 2002)

⁹ Tel que le note Leighton (2001), « Les buts spécifiques d'équité sont rarement explicites » dans les documents sur les politiques nationales. Il est probablement utile de se donner des buts explicites pour pérenniser l'application des approches de ciblage, mais ce n'est pas forcément un point de départ pour encourager les pays à adopter des approches mieux ciblées pour la prestation des services de planification familiale.

ciblage.) Les décisions concernant les groupes ayant droit aux subventions publiques sont partiellement politiques et, par conséquent, il est important d'inclure à ce dialogue la gamme la plus vaste possible de parties prenantes, y compris des représentants des groupes vulnérables. Pour inclure les populations véritablement vulnérables, les décisions concernant les politiques de gestion doivent être étayées par de solides informations analytiques.

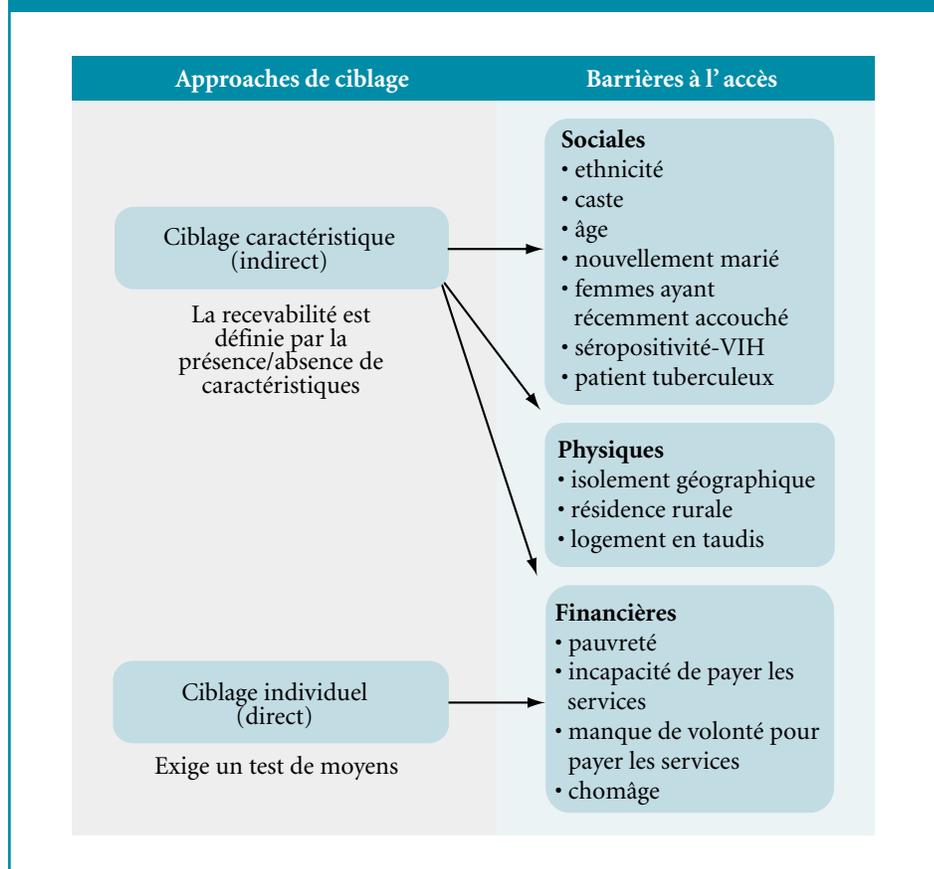
Etape 2 : Choisir une approche de ciblage adéquate

Il existe deux grandes catégories d'approches de ciblage : le ciblage caractéristique et le ciblage individuel.¹⁰ La Figure 4 ébauche les deux types d'approches de ciblage et les types de barrières à l'accès que chacun peut aider à surmonter.¹¹

Ciblage caractéristique. Les approches du ciblage caractéristique (également connu sous le nom de ciblage indirect) visent à accorder des subventions publiques à des groupes de personnes ayant des caractéristiques qui les rendent vulnérables à un manque d'accès aux services. On peut souvent corrélérer de faibles taux de prévalence de la contraception à certaines caractéristiques sociales, par exemple, l'appartenance à un groupe minoritaire ethnique, le jeune âge ou la situation matrimoniale (marié depuis peu). On peut également souvent associer de faibles taux de prévalence de la contraception à des caractéristiques géographiques, telles que la résidence rurale ou le fait d'habiter dans un taudis. Ces caractéristiques étant soit directement observables, soit faciles à déterminer, il suffit d'un test minimum des moyens pour déterminer qui a droit aux services.

Ciblage individuel. Les approches de ciblage individuel (également connu comme ciblage direct) visent à fournir des subventions à des individus en fonction de caractéristiques moins observables. De telles approches conviennent lorsque la barrière à l'accès est d'ordre financier, tel que la pauvreté et l'incapacité de payer, ou quand les principaux déterminants de la vulnérabilité sont associés aux choix personnels, par exemple, refuser les services dispensés généralement à la population. Dans ce cas, il faudra faire un test plus rigoureux des moyens financiers pour déterminer qui a droit aux

FIGURE 4.
Approches de ciblage et barrières à l'accès qu'elles peuvent supprimer



services car la pauvreté et la capacité de payer ne sont pas aussi aisément observables que les caractéristiques sociales et géographiques.¹²

Il est également possible de faire appel à des approches mixtes. Par exemple, l'approche individuelle (avec le test de moyens) peut être appliquée dans une zone géographique donnée ou alors, les groupes vulnérables peuvent être définis en fonction d'une caractéristique particulière (par exemple, jeune âge ou fait d'appartenir à un groupe minoritaire ethnique) et les membres du groupe peuvent être soumis à un test de moyens pour déterminer s'ils sont en droit de recevoir des services subventionnés ou gratuits. L'Encadré 3 présente divers exemples d'approches de ciblage utilisées dans les programmes de planification familiale.

Les discussions portant sur les barrières à l'accès aux programmes et services de planification familiale et de prévention des IST/VIH et la définition de la vulnérabilité (Etape 1) étayent les décisions concernant le type d'approche de ciblage qui devra être

adoptée. Si le problème est d'ordre financier ou si l'incapacité de payer est généralisée plutôt que concentrée au sein de certains groupes, alors l'approche individuelle est probablement plus indiquée. Si les barrières à l'accès sont concentrées au sein de certains groupes sociaux ou dans certaines zones géographiques, alors l'approche du ciblage caractéristique conviendra probablement davantage.

¹⁰ Une troisième catégorie, le ciblage axé sur le prestataire, est moins courante (voir Cotlear, 2000). Le but du ciblage axé sur le prestataire est d'encourager les prestataires à changer les pratiques (et non pas à changer le comportement du consommateur) de façon à faciliter l'accès pour les clients (Leighton, 2001).

¹¹ Voir Newbrander et al. (2001) pour une typologie et les descriptions des principales approches de ciblage.

¹² En fonction du degré de rigueur de ce test de moyens, il est possible que les clients aient à fournir aux employés publics des informations personnelles. Une autre difficulté de ce test de moyens consiste donc à créer un contexte de confiance dans lequel les informations peuvent être fournies de manière confidentielle.

ENCADRÉ 3.**Approches du ciblage dans les programmes de planification familiale dans divers pays****Ciblage caractéristique**

Guinée—Les patients atteints de maladie chronique sont exonérés du paiement pour les autres services de santé (Newbrander et al., 2001).

Indonésie—Tous les habitants des villages désignés comme étant « les plus pauvres » reçoivent des carnets de santé leur donnant droit à des services gratuits de santé maternelle et de planification familiale dans l'établissement sanitaire le plus proche (Newbrander et al., 2001).

Roumanie—Tous les étudiants et habitants des zones rurales ont droit de recevoir des contraceptifs gratuits sur présentation de papiers d'identité (Feranil, à paraître).

Ciblage individuel

Roumanie—Les pauvres qui ne sont ni étudiants, ni habitants des zones rurales, ont droit de recevoir des contraceptifs gratuits après avoir rempli un processus de certification pour le test des moyens (Feranil, à paraître).

Turquie—On demande aux clients de la planification familiale du secteur public de couvrir le coût de leurs produits. Ceux qui font savoir qu'ils sont dans l'incapacité de faire un don reçoivent gratuitement leurs contraceptifs (Projet POLICY, 2001).

Corée et Costa Rica—Tout au début de leurs programmes de planification familiale, la Corée et le Costa Rica ont distribué des bons aux pauvres en fonction du test de leurs moyens. Ces bons permettent au détenteur de recevoir des services de planification familiale dans l'établissement qu'il choisit. Le gouvernement rembourse les prestataires pour les bons présentés (Kim et al., 1972 ; Lemkin, 1972).

Approches mixtes

Thaïlande—Le test des moyens identifie ceux qui se trouvent en dessous d'un seuil donné de revenus (ciblage individuel) parmi les couples non mariés, les mères célibataires, les enfants, les personnes âgées, les handicapés et les vétérans. Ceux en dessous du seuil de revenus ont un accès gratuit dans un centre de santé donné (Giedion, 2002).

Tout au long de la planification, les planificateurs et les responsables devraient tenir compte des coûts relatifs et de l'efficacité des diverses approches de ciblage. S'il ne semble pas possible, du point de vue administratif ou financier, de faire le test de moyens nécessaire pour le ciblage individuel, l'approche caractéristique semble alors préférable. Dans certaines situations, bien que l'approche caractéristique semble plus raisonnable du point de vue administratif ou financier, il n'est pas toujours possible, pour des raisons politiques, de distribuer des subventions sur la base de caractéristiques sociales ou géographiques. Par exemple, la politique ethnique freinera tel programme qui souhaite cibler tel groupe par rapport à un autre, même si le groupe est davantage défavorisé que d'autres groupes. Dans une

telle situation, il est probablement plus facile d'obtenir un soutien pour l'approche individuelle.

Étape 3 : Planification opérationnelle et mise en œuvre

L'approche de ciblage adoptée sera transformée en plan opérationnel après être passée par les étapes de la planification opérationnelle, du test pilote et de l'expansion à plus grande échelle. L'objectif est de vérifier que des produits et services, en quantité suffisante, arrivent aux endroits où se situent les groupes ciblés et que ces derniers sont au courant des services et les utilisent effectivement. Le ciblage suppose souvent la transformation de certains éléments existants du programme, ainsi que l'introduction de nouveaux éléments.

Généralement, c'est la planification opérationnelle qui prend le plus de temps. Il faut au moins un an pour formuler des plans opérationnels et faire un test pilote de ces plans. La Figure 5 présente les composantes essentielles de la planification opérationnelle et de la mise en œuvre d'une stratégie de ciblage.

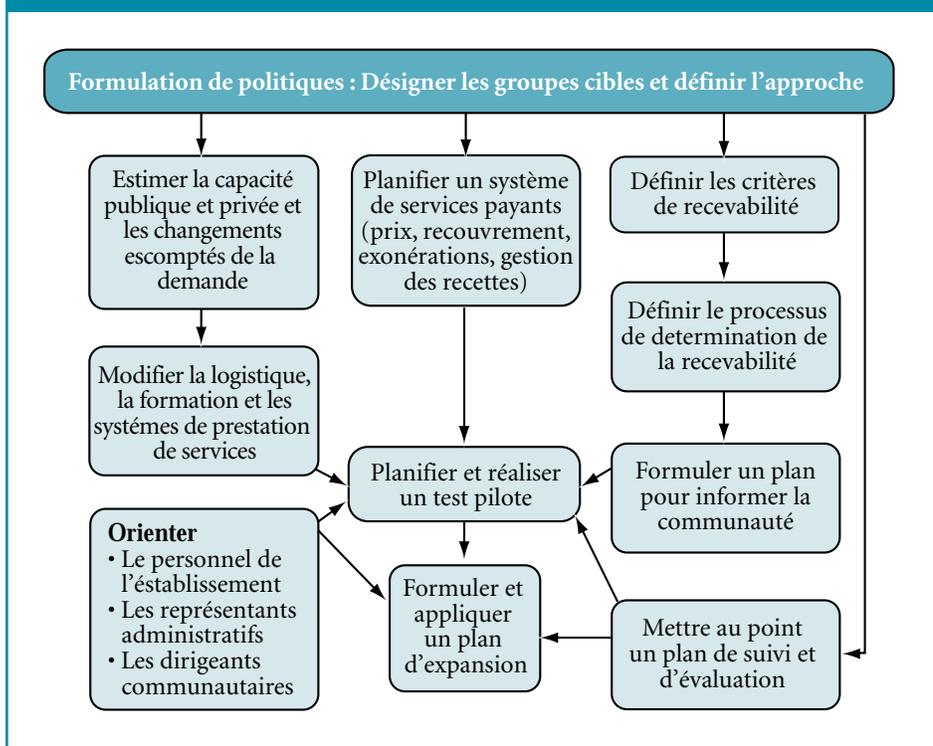
Planification de la logistique et des systèmes de prestation de services pour soutenir les changements prévus au niveau de la demande.

Le ciblage modifiera probablement la demande de services, l'augmentant dans certains endroits et la diminuant dans d'autres. Il faudra donc modifier les systèmes de logistique en fonction des changements escomptés. Par exemple, si le ciblage géographique a été adopté, il faudra reconfigurer le système de logistique pour augmenter le flux de produits contraceptifs vers les régions ciblées et peut-être, le diminuer vers les régions non ciblées. Si l'on a décidé de cibler les jeunes adultes, il faudra alors livrer en quantités suffisantes les contraceptifs vers les établissements sanitaires les plus fréquentés par ce groupe. Des projections sont nécessaires pour estimer où la demande est susceptible d'augmenter (où les concentrations du groupe cible sont prévues) et où elle est susceptible de diminuer (où ceux qui ne sont pas des membres du groupe cible risquent d'aller consulter d'autres sources).

Définir les critères de recevabilité et les mécanismes de détermination.

Il faut définir les critères de recevabilité et mettre au point un mécanisme opérationnel en vue de les appliquer. En ce qui concerne les approches du ciblage caractéristique, il est relativement facile de fixer des critères et de définir des mécanismes de dépistage. Par exemple, une personne demandant des services dans une région cible définie sous l'angle géographique pourra recevoir la subvention sans autre dépistage. Dans le cas du ciblage en fonction des caractéristiques sociales, certaines de ces caractéristiques peuvent être observées plus aisément que d'autres et, par conséquent, il faudra adopter les mécanismes de dépistage. S'agissant des approches du ciblage individuel, le processus de détermination de la recevabilité est souvent plus difficile. En effet, les caractéristiques—par exemple, être pauvre ou incapable de payer les services—ne sont pas observables aussi facilement que des caractéristiques telles que l'appartenance

FIGURE 5.
Planification opérationnelle et mise en œuvre
de l'approche de ciblage



ethnique, la résidence ou l'âge. Le test de moyens financiers est un mécanisme qui permet de déterminer la recevabilité en fonction de l'examen des informations sur le client.

Il existe toute une série de mécanismes possibles pour administrer le test de moyens financiers, comportant tous divers niveaux de complexité. Les formes les plus simples du test de moyens consistent à demander aux clients s'ils sont pauvres ou incapables de payer, tel qu'en Turquie où les « dons » des clients non pauvres subventionnent les contraceptifs pour les pauvres. Des tests de moyens plus complexes demandent que l'on présente divers documents et certificats remis par les représentants communautaires administratifs et sanitaires au niveau local. En Roumanie, les clients doivent d'abord obtenir un certificat de pauvreté ou de chômage du bureau du maire et ensuite, ils présentent le certificat à l'établissement de santé pour pouvoir obtenir les contraceptifs subventionnés. Si une personne ne peut pas fournir les documents pour justifier son statut d'ayant droit, un représentant de l'administration locale pourra lui rendre visite à domicile ou dans la communauté pour vérifier sa situation avant de lui remettre le

certificat nécessaire. Dans un district rural du Cambodge, les pauvres reçoivent des services de santé gratuits dans les établissements locaux. Les volontaires dans les pagodes et les chefs des villages déterminent qui peut être exonéré sur la base d'une liste des ménages jugés trop pauvres pour payer les honoraires. Le chef des moines de la pagode revoit et vérifie la liste et en remet ensuite un exemplaire au centre de santé ainsi qu'une lettre signée à chaque ménage concerné. En comparant ainsi le nom sur la lettre (présentée par les patients au moment de la consultation) et la liste des ménages qui ont droit à recevoir les services gratuits, le personnel sanitaire exonère le porteur de la lettre (Jacobs, 2002). Il faut parfois déterminer la recevabilité lors de chaque visite ou bien celle-ci peut être accordée pour une période plus longue.

Le dépistage individualisé diminue le risque de voir des clients obtenir des subventions alors qu'en principe, ils n'y ont pas droit (ce que l'on appelle une fuite). Toutefois, les mécanismes complexes sont difficiles à gérer, reviennent chers et ne fonctionnent pas toujours. Ils peuvent avoir pour effet pervers d'empêcher certaines personnes vulnérables d'utiliser les services

(Gilson et al., 1995). Il est important de déterminer le niveau de complexité conformément au niveau souhaité d'efficacité du secteur public et à sa capacité administrative et financière d'exécuter correctement la formule du test de moyens. L'adoption d'une approche de ciblage caractéristique permet d'éviter la complexité administrative du test de moyens, surtout quand la recevabilité est déterminée par la résidence géographique ou la fréquentation d'un centre de santé donné. Les aspects politiques pèsent lourd : il faudra accepter certaines fuites pour des raisons politiques afin d'obtenir un soutien durable pour le ciblage (Ravallion, 1999).

Autres aspects de la planification opérationnelle.

Une planification et un plaidoyer supplémentaires permettent de vérifier que la population ciblée sait qu'elle a droit à de tels services et sait également où et comment elle peut obtenir ces services. Au Cambodge, les tarifs et les critères d'exonération sont fixés en consultation avec les communautés de la zone desservie. En outre, il faut décider du lieu où s'effectue le test de moyens (dans l'établissement de santé, à l'extérieur ou les deux) et voir qui devra réunir les informations nécessaires pour le processus de détermination de la recevabilité (prestataires, agents sociaux, administrateurs, etc.). Si des paiements sont recouverts de la part des clients non ciblés, il faut alors également mettre en place un système pour utiliser les recettes. Quand les clients ciblés sont exonérés de paiement, il est nécessaire de déterminer d'où proviennent les fonds pour compenser les prestataires de soins et de se donner un mécanisme pour acheminer ces paiements compensatoires. Un plan d'orientation doit être formulé pour toutes les parties prenantes à l'application de la stratégie de ciblage - de ceux qui détermineront les ayants droit à ceux qui seront responsables pour la gestion et la notification des paiements.

Un solide plan de suivi et d'évaluation doit être mis en place pour suivre la performance de la stratégie de ciblage. Les informations doivent être collectées, analysées et utilisées pour prendre les décisions concernant les programmes et politiques de gestion. Une fois mise en place la stratégie de ciblage, il faut suivre tout changement au niveau de la vulnérabilité, tant collectif qu'individuel. Ceux qui sont défavorisés au

moment de l'introduction du ciblage ne seront pas les plus défavorisés par la suite. Il est parfois difficile d'obtenir des données sur la vulnérabilité individuelle ou communautaire (par exemple, les enquêtes nationales sont généralement réalisées uniquement à des intervalles de quatre ou cinq ans). Le ciblage efficace exige un examen périodique pour vérifier que les groupes les plus vulnérables profitent toujours le plus des maigres ressources publiques. Les fluctuations de tendances démographiques et économiques, les flux migratoires au sein des pays, les changements dans les budgets publics et divers aspects politiques figurent parmi les nombreux facteurs pouvant indiquer la nécessité de remanier les politiques de ciblage.

Au fur et à mesure que les programmes mettent en œuvre les stratégies de ciblage, ils doivent faire attention que les groupes qui ne sont pas ciblés pour les services subventionnés aient également accès aux services de planification familiale. Souvent, ces groupes se trouvent dans une meilleure situation financière et peuvent se permettre de payer les produits et services de planification familiale. Il est important de trouver d'autres sources privées de services et de produits pour se donner le soutien politique nécessaire au ciblage. En effet, si des services du secteur privé ne sont pas facilement accessibles pour tous les groupes non ciblés, alors le secteur public risque de vouloir servir une clientèle plus vaste en instaurant des tarifs payants pour les groupes non ciblés.¹³

Test pilote et expansion. Le test pilote et l'expansion (étendre l'approche à l'échelle nationale) sont deux autres composantes entrant dans la mise en œuvre d'une stratégie de ciblage.¹⁴ Le test pilote permet de mettre à jour les domaines problématiques et fournit ainsi l'occasion de revoir le plan opérationnel

avant qu'il ne soit exécuté dans son intégralité. Il montre également, dès le début, le type d'impact sur la demande au sein du groupe actuel de clients et des nouveaux groupes ciblés. Suite au test pilote, une planification supplémentaire est nécessaire pour étendre la stratégie au programme plus élargi. Parfois, il faut des ressources humaines et financières importantes pour appliquer cette stratégie à plus grande échelle. On peut répartir dans le temps ces coûts en échelonnant l'expansion, mais définir la séquence de l'expansion progressive exige souvent un dialogue soutenu et une bonne planification des logistiques.

Mesurer la réussite des stratégies de ciblage

Le but du ciblage est d'augmenter l'équité et de promouvoir la sécurité contraceptive en améliorant l'accès aux services de planification familiale parmi les groupes défavorisés, dont les personnes ayant un besoin non satisfait, en orientant les ressources publiques vers ceux qui sont le moins en mesure d'utiliser le secteur privé. Mais le ciblage risque de rater la « cible ». Il est donc important de préciser l'efficacité et l'efficience escomptées des différentes options du ciblage lors des premières étapes de planification d'une stratégie.

■ Efficacité (couverture)

La fréquence de l'utilisation des services par les membres du groupe ciblé est une mesure de l'efficacité du service. Des taux de participation (ou couverture) plus élevés au sein de la population ciblée indiquent une stratégie efficace. L'efficacité peut également être mesurée à l'aune de l'impact sur d'autres indicateurs (voir Encadré 4).

■ Efficience (fuite)

L'appartenance des bénéficiaires à la population ciblée est une mesure de l'efficience d'une stratégie de ciblage. En effet, lorsqu'une stratégie efficace existe,

peu de personnes qui n'y ont pas droit obtiennent des bénéfices, il y a ainsi moins de « fuite » de bénéfices vers les personnes en mesure de payer. Le coût par client desservi n'est pas forcément une bonne mesure de l'efficience du programme. Le coût pour atteindre les populations plus vulnérables est souvent plus élevé que les coûts pour atteindre les populations avec un meilleur accès physique ou social aux services (Banque mondiale, 2002).

■ Compromis entre couverture et efficience

Il existe souvent un compromis entre la couverture efficace d'une population ciblée et la distribution efficiente des subventions à ceux qui en ont besoin. Certes, les critères peu rigoureux réduisent le travail administratif et financier lié à l'application de la stratégie de ciblage et augmentent la proportion de personnes au sein du groupe ciblé qui profiteront des services du programme. Dans le même temps, de tels critères peu rigoureux amenuisent l'efficience. Les approches du ciblage caractéristique où la recevabilité est déterminée par l'appartenance à tel ou tel groupe social ou par la résidence, risquent de faire bénéficier de subventions des membres du groupe cible qui ne sont pas défavorisés et qui ne se heurtent pas à des barrières entravant leur accès aux services. Ainsi, tous les habitants des zones rurales ne sont pas pauvres et ils ne se trouvent pas tous dans l'incapacité d'avoir recours aux services. Pourtant, ils ont tous droit aux services dans le cadre de la stratégie de ciblage reposant sur la résidence. Aussi, l'équilibre souhaité entre couverture et efficience relève-t-il souvent au jugement politique.

Si le ciblage individuel cerne probablement de manière plus précise (plus efficiente) les populations véritablement défavorisées et qui sont donc en droit de recevoir les subventions, il tend par ailleurs à revenir plus cher. En effet, la sélection de critères précis pour déterminer le statut de

¹³ Ce document se focalise sur la manière de cibler les ressources publiques au profit des populations vulnérables. Il existe un autre aspect important, celui de vérifier qu'il existe d'autres sources adéquates répondant aux besoins des groupes plus aisés qui ne font pas partie des groupes ciblés par le secteur public. Cette question n'entre toutefois pas dans le cadre de ce document.

¹⁴ Le Projet POLICY (2001) compte un exemple d'essai pilote d'une stratégie de ciblage en Turquie.

ENCADRÉ 4. Indicateurs d'une stratégie de ciblage efficace

- Diminution des différences au niveau de la prévalence de la contraception ou des IST, y compris l'infection par le VIH
- Utilisation accrue des contraceptifs ou condoms au sein des groupes ciblés définis
- Diminution du besoin non satisfait au sein des groupes ciblés
- Moins de problèmes signalés au niveau de l'accès parmi les groupes ciblés
- Moins de différences dans les grossesses non voulues/non planifiées

Source : Price, 2001

défavorisé, mettre en place un système pour évaluer soigneusement ces critères et vérifier que la recevabilité est basée sur des décisions objectives implique des coûts plus élevés.

Dans certains endroits, les personnes qui ne sont pas habilitées à recevoir les bénéfiques, par exemple les fonctionnaires, profitent pourtant du service ciblé (Gwatkin, 2000). Par ailleurs, les approches de ciblage individuel ont peu de chance d'être efficaces si les membres ciblés trouvent que le processus de détermination de leur recevabilité est décourageant et intimidant.

En bref, puisqu'il n'existe pas d'approche de ciblage parfaite, le choix du meilleur ciblage dépend de l'engagement d'un programme à s'assurer que le plus grand nombre possible d'ayant droit reçoivent effectivement les services et que le plus faible nombre possible de ceux qui n'y ont pas droit n'y ont pas accès. Le Tableau 1 récapitule les combinaisons possibles d'efficacité et d'efficacité des approches de ciblage.

Pourquoi est-ce que si peu de programmes de planification familiale utilisent le ciblage ?

A première vue, le ciblage en tant qu'une option de rationnement des ressources, semble une approche logique à la sécurité contraceptive dans un monde qui projette de plus en plus un écart de taille entre la demande de services de planification familiale financés par le secteur public et les fonds disponibles pour satisfaire à une telle demande. Un certain nombre de facteurs pourraient expliquer pourquoi le ciblage n'est pas aussi utilisé qu'il devrait l'être dans le cadre des programmes nationaux de planification familiale.

En premier lieu, et c'est probablement l'une des raisons les plus importantes, le concept du ciblage est parfois vu comme contraire à l'idéologie de la Santé pour Tous, qui date de la fin des années 70, époque où ce concept était interprété comme signifiant des services publics gratuits pour tous. Les programmes de planification familiale de cette époque visaient avant tout à accroître l'utilisation de la contraception en s'attachant moins à l'équité, d'où ce sens de l'ayant droit à des services fortement subventionnés de planification familiale. Une vingtaine d'années plus tard, un grand nombre de pays sont arrivés à un stade où la prévalence de la contraception est effectivement relativement

TABEAU 1.
Efficacité et efficacité des stratégies ciblées

		Efficacité (couverture)	
		Elevée	Faible
Efficacité (suite)	Faible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proportion élevée de la population ciblée participe ■ Peu de clients de la population non ciblée obtiennent des bénéfiques <i>(Approches caractéristiques dans des régions avec fortes concentrations de membres du groupe ciblé ou approches individuelles bien conçues et bien appliquées)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible proportion de la population ciblée participe ■ Peu de clients de la population non ciblée obtiennent des bénéfiques <i>(Approches individuelles avec test rigoureux des moyens financiers mais communication inadéquate avec les groupes ciblés)</i>
	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proportion élevée de la population ciblée participe ■ Un grand nombre de clients de la population non ciblée obtiennent des bénéfiques <i>(Approches caractéristiques dans des régions avec faibles concentrations de membres du groupe ciblé ou approches peu rigoureuses du test des moyens financiers)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible proportion de la population ciblée participe ■ Un grand nombre de clients de la population non ciblée obtiennent des bénéfiques <i>(Approches individuelles avec test des moyens financiers peu rigoureux et mal appliqués et communication inadéquate avec les groupes ciblés)</i>

élevée, surtout au sein des segments les plus aisés de la société, mais ce sentiment d'avoir droit aux subventions publiques subsiste pourtant.

Si ces programmes solidement établis souhaitent desservir plus équitablement les groupes défavorisés, ils doivent se donner une nouvelle direction et venir à bout de la résistance politique pour arriver à un consensus sur les groupes ciblés et les approches. Il est plus difficile de retirer des bénéfiques à des groupes susceptibles d'exercer une influence sur la politique publique (par exemple, les groupes urbains à revenus élevés) que d'offrir de nouveaux bénéfiques à des groupes privés de droits. C'est pourtant exactement le but du ciblage si le programme manque de ressources pour desservir tout le monde. Par ailleurs, il est aussi possible que les services offerts par le secteur privé ne répondent pas aux besoins des clients plus aisés qui devront alors chercher ailleurs. Il est donc important de mettre en place des possibilités viables pour prévenir la création d'un nouveau groupe défavorisé. Il revient au secteur public

de créer un contexte de politiques publiques favorisant la croissance du secteur privé sur le marché de la planification familiale.

Le ciblage suppose de plus des modifications importantes de l'organisation et de l'exécution des systèmes complexes de planification familiale. Certains établissements devront fermer leurs portes, d'autres réduire la taille de leurs opérations et d'autres encore s'agrandir avec toutes les nouvelles distributions du personnel et du matériel que cela suppose. De plus, un recyclage du personnel est souvent nécessaire pour réduire les barrières au niveau de l'accès social, par exemple, les préjugés à l'égard des adultes non mariés ou jeunes mariés, et pour améliorer la qualité de la communication avec les pauvres et clients peu instruits. De plus, pour des raisons politiques et administratives, il est plus difficile d'adopter le ciblage dans le cadre des programmes de planification familiale s'il n'existe pas de ciblage pour d'autres services.

Certains programmes nationaux disposent déjà de certains éléments de ciblage (Gilson et

al., 1995) mais ils ne sont pas toujours utilisés de manière efficace. Comme noté auparavant (voir Figure 2), les clients plus aisés représentent une proportion importante de la clientèle du secteur public dans certains programmes. Ces programmes font payer les services aux fins de recouvrer les coûts et non pas comme ciblage destiné à améliorer l'équité. Dans ce cas, les exonérations permettent de limiter l'impact des paiements pour le pauvre. Il se peut également que les programmes mal ciblés découlent de stratégies de ciblage mal planifiées ou mal exécutées.

Le ciblage est non seulement une approche adéquate et pertinente pour les programmes bien établis de planification familiale mais également un outil efficace pour les pays avec de faibles taux de prévalence de la contraception. En effet, le ciblage en début de programmes permet d'éviter certains aspects difficiles de la réorientation des programmes lorsque ceux-ci sont devenus plus grands et plus complexes.

Conclusions

A l'instar de tout processus de formulation et d'exécution de politique de gestion, le ciblage requiert bien des efforts. Une planification empirique doit s'accompagner de recherche de consensus, de transformation de la résistance en soutien pour le ciblage et de détermination d'un terrain commun pour déterminer ceux qui ont le droit de profiter du ciblage. Malgré ce pari difficile, les pays qui souhaitent arriver à

la sécurité contraceptive n'ont pourtant guère le choix et devront trouver les moyens d'élargir l'accès pour les clients les plus vulnérables, même quand les ressources n'augmentent pas au même rythme que la demande générale de services de planification familiale.

Certes, un programme bien ciblé du secteur public permet de vérifier que les ressources sont orientées vers ceux qui en ont le plus besoin mais les ressources du secteur public à lui seul ne suffisent pas à répondre à la demande croissante de services de planification familiale même dans les pays à revenus moyens. Il est important de faire participer le secteur privé, tant les segments commerciaux que non gouvernementaux. Par ailleurs, la question de savoir comment encourager le mieux la participation du secteur privé à la prestation de services de planification familiale est une question épineuse en elle-même. Une approche valide pour encourager la croissance du secteur privé consiste à démontrer qu'il existe une base de clients en mesure de payer les produits et services de planification familiale et, à l'aide des politiques de ciblage, de convaincre le secteur privé que le secteur public va orienter ses programmes et services de façon à répondre aux besoins de ceux qui ne peuvent pas payer. Toutefois, le ciblage à lui seul ne peut pas produire un secteur privé plus actif. En effet, le ciblage doit s'inscrire dans tout un ensemble d'interventions publiques créant un climat commercial favorable à la participation privée.

Selon le pays et le contexte, les interventions porteront sur les éléments suivants : remaniement des politiques tarifaires, de la publicité, de la distribution, de la prestation de services et des taxes sur les produits importés.

Quelles que soient les difficultés inhérentes au ciblage, les programmes du secteur public dans les pays pauvres et ceux à revenus moyens, se doivent de protéger les groupes les plus vulnérables de leur population. Les tendances au niveau du financement des bailleurs de fonds montrent à l'évidence que les gouvernements de tous les pays, sauf les plus pauvres, ne peuvent pas dépendre d'un financement externe pour assurer la future croissance des programmes du secteur public. Les segments non pauvres consomment actuellement de larges proportions des services de planification familiale du secteur public alors que le besoin non satisfait se concentre toujours davantage au sein des groupes pauvres. Si on ne cible pas davantage les services du secteur public, on risque de voir les groupes vulnérables devenir de plus en plus marginalisés alors que les ressources s'amenuisent et que la croissance de la prévalence de la contraception stagne. Pourtant si le ciblage est bien planifié et appliqué correctement, il relève d'une approche pratique qui rapproche nettement le pays de la sécurité contraceptive. ♦

Références

- Adams, John. 1998. "Structural Adjustment, Safety Nets, and Destitution." *Economic Development and Cultural Change* 46(2): 403-420.
- Aloo-Obunga, Colette. 2002. "Country Analysis of Family Planning and HIV/AIDS: Kenya." Document inédit. Washington, D.C.: Projet POLICY.
- Banque mondiale. 2002. "Choosing, Designing, and Implementing Programs: What Are the Associated Costs of Targeting?" <http://www.worldbank.org/poverty/safety/choosing2p12.htm>.
- Chapman, Audrey R. 2000. "Indicators and Standards for Monitoring the Right to Health." Document inédit.
- Cotlear, Daniel. 2000. "Peru: Reforming Health Care for the Poor." LCSHD Paper Series No. 57. Washington, D.C.: Banque mondiale, Département du Développement humain, Bureau régional de l'Amérique latine et des Caraïbes.
- Feranil, Inday. A paraître. "A Policy Approach to Contraceptive Security in Romania." Washington, D.C.: Projet POLICY.
- Giedion, Ursula. 2002. "User Fees for Health Care, Protecting the Poor: The Case of Thailand." Présentation de diapositives pour un séminaire de la Banque mondiale.
- Gilson, Lucy, Steven Russell, et Kent Buse. 1995. "The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy." *Journal of International Development* 7(3): 379.
- Gwatkin, D.R. 2000. "Health Inequities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?" *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78(1): 3-18.
- Jacobs, Bart. 2002. "Equity Fund at Kirivong Operational District." Document inédit.
- Kim, Taek-Il, John A. Ross, et George C. Worth. 1972. "The Korean National Family Planning Program" (Appendix 5). Pp. 211-214 in *Universal Coupon of the Korean Family Planning Program*. New York: Population Council.
- Leighton, Charlotte. 2001. "Decision Making for Equity in Health Sector Reform." *PHR Primer for Policymakers*. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associates.
- Lemkin, Richard. 1972. "The Coupon System for Distribution of Oral Contraceptives in Costa Rica." Document inédit. New York: Population Council.
- Mills, Anne. 1998. "To Contract or Not to Contract? Issues for Low and Middle Income Countries." *Health Policy and Planning* 13(1): 32-40.
- Nations Unies. 1990. General Comments 3, issued by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (1990) on the Nature of States Parties Obligations under the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. New York: Nations Unies.
- Newbrander, William, David Collins, et Lucy Gilson. 2001. "User Fees for Health Services: Guidelines for Protecting the Poor." Boston: Management Sciences for Health.
- Nyonator, Frank. 2002. "Mechanisms to Protect the Poor When User Fee Systems Are in Place: The Ghana Case Study." Présentation de diapositives pour un séminaire de la Banque mondiale.
- Projet POLICY. 2001. "Report on a Pilot Study: Collecting Donations for Contraceptives from Public Sector Family Planning Clients as a Component of Turkey's National Self-reliance Strategy." Washington, D.C.: Projet POLICY.
- Projet POLICY. 2002. "POLICY Assistance in Contraceptive Security." Présentation en PowerPoint. Washington, D.C.: Projet POLICY.
- Price, Neil. 2001. "The Performance of Social Marketing in Reaching the Poor and Vulnerable in AIDS Control Programmes." *Health Policy and Planning* 16(3): 231-239.
- Ravallion, Martin. 1999. "Is More Targeting Consistent with Less Spending?" Document inédit. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- Ross, John et Randy Bulatao. 2001. "Contraceptive Projections and the Donor Gap." Arlington, VA: Family Planning Logistics Management Project, John Snow, Inc.

Pour de plus amples informations, prière de contacter :

Director, POLICY Project
Futures Group International
1050 17th Street, NW, Suite 1000
Washington, DC 20036

Tel: (202) 775-9680

Fax: (202) 775-9694

E-mail: policyinfo@ffgi.com

Internet: www.policyproject.com
www.futuresgroup.com